Aus der chirurgischen Klinik (Geheimrat Prof. Payr) und dem pathologischen Institut zu Leipzig (Geheimrat Prof. Marchand)

Über einen Fall von sehr grossem mesenterialen Fibromyxolipom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

vorgelegt von

Werner Schülzke
Assistenzarzt d. Reserve.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

Leipzig 1915
Druck von Alexander Edelmann
Universitäts-Buchdrucker.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. 22. Oktober 1915.
Referent: Herr Geheimer Rat Prof. Dr. Marchand.

Während meines letzten Studiensemesters zu Leipzig erregte das Vorkommen eines kolossalen Bauchtumors bei einem 56jährigen Manne das allgemeine Interesse der Kliniker. Mit Genehmigung des Herrn Professor Payr wurde mir dieser Fall zur Bearbeitung überwiesen. Kurze Zeit, nachdem ich damit begonnen hatte, wurde ich infolge des Kriegsausbruchs und meiner Betätigung im Felde an der Beendigung der Arbeit gehindert. Nachdem sich überdies durch die im pathologischen Institute durch Herrn Professor Versé ausgeführte Sektion und die mikroskopische Untersuchung herausgestellt hatte, daß die ursprüngliche Annahme eines retroperitonealen Lipoms nicht zutreffend gewesen war, mußte bei der nunmehrigen Fertigstellung der Arbeit an die Stelle der anfangs beabsichtigten chirurgischen Betrachtung die pathologisch-anatomische treten.

Am 1. November 1913 wurde der 56jährige Hausschlächter Louis Grosse in die innere Abteilung des Krankenhauses St. Jacob aufgenommen und folgende Anamnese festgestellt, die ich nebst der Krankengeschichte mit Erlaubnis des Herrn Geheimrats v. Strümpell hier mitteile.

Der Vater des Patienten ist an Schwindsucht, die Mutter an Altersschwäche gestorben. Er ist verheiratet, hat 2 gesunde Kinder und war nie ernstlich krank, doch entwickelte sich nach seiner Militärzeit ein Leistenbruch.

Bis vor 3 Jahren hatte er an Körpergewicht sehr zugenommen, angeblich bis 210 Pfund, nahm dann bis 190 Pfund wieder ab, nachdem er das Biertrinken aufgegeben hatte. Er hat keinerlei Veränderungen an seinem Leibe bemerkt, bis vor 3 Wochen seiner Frau eine Beschleunigung des Abmagerns auffiel. Plötzlich verspürte er Schmerzen, Schwäche in den Knien und zugleich Anschwellen der Beine. Die Anschwellung des Leibes nahm ebenfalls sehr rasch zu, er konnte nicht mehr arbeiten und suchte daher das Krankenhaus auf. Brechen war nicht vorhanden. Stuhlgang regelmäßig, Harnlassen ohne Störung.

Aus der Krankengeschichte der inneren Klinik ist nun folgendes bemerkenswert:

Der Umfang des Leibes betrug über dem Nabel 137 cm, Venenstauung war von Anfang an vorhanden. Es findet sich eine intensive Dämpfung, aber nirgends Darmschall, darauf wird ein Tumor des linken, oberen Leibesquadranten festgestellt. Im Urin ist kein Eiweiß.

Am 2./XI. ergab eine Probepunktion keine Flüssigkeit, die am 6./XI. ausgeführte Wassermannsche Reaktion war negativ. Eine 2. Probepunktion in der oberen Linea alba ergab in 10 cm Tiefe nur eine geringe Menge einer schmierigen, gelblich-weißen Masse, bei deren im pathologischen Institut vorgenommenen Untersuchung festgestellt wurde, daß es sich um reines Fett handelte, in welchem vielfach nadelförmige Krystall-Drusen ausgefallen waren. Daraufhin mußte das Vorhandensein einer fettreichen Geschwulst (Lipom ?) angenommen werden.

10./XI. Mäßige, abendliche Temperatursteigerung, Ödem beider Lungen, Rektum frei, Prostata nicht wesentlich vergrößert.

Der Blutbefund ergab für leukämische Veränderungen keinen Anhaltspunkt.

Mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Maligner Tumor im Abdomen und wegen subakuter Ileussymptome wird

der Patient nach der chirurgischen Abteilung am 29./XI. 1913 verlegt.

Aus der Krankengeschichte der chirurgischen Klinik des Herrn Professor Payr entnehme ich folgende Angaben.

Der Patient ist ein mittelgroßer Mann, hat ein mageres, zyanotisches Gesicht und schmalen Thorax. Gestaute Venen an Stirn und Händen. Mühsame kurze, beschleunigte Atmung mit pfeifendem Geräusch. Auffallend ist ein enormer Tumor des Leibes, großes Skrotum, Leistenhernie, sowie Ödem der unteren Extremitäten. Zunge trocken, etwas belegt.

Lungen: Grenzen hinten 8. Rippe, wenig verschieblich. Auf den beiden Unterlappen sind zahlreiche trockene, giemende, pfeifende und schnurrende Rasselgeräusche hörbar.

Herz ist ebenfalls höher gestellt, linke Grenze außerhalb der Medianlinie. Töne leise, aber rein. Puls gespannt, regelmäßig.

Der Umfang des Leibes beträgt handbreit oberhalb des Nabels, dem höchsten Pole des Leibes, 137 cm, um den Nabel 135 cm. Unter der Haut des Abdomens sieht man zahlreiche auf 6 mm Breite erweiterte Venen. Der Bauch ist gleichmäßig gespannt, zeigt das Gefühl einer Resistenz beim Beklopfen, nur an einer Partie am linken unteren Quadranten ist tympanitischer Schall vorhanden. Unter dem linken Rippenbogen fühlt man eine Tumorplatte mit ziemlich scharfen Rändern, bei der Atmung bewegt sich dieselbe kaum, liegt jedoch so dicht der Bauchwand an, daß man sie für Netz halten muß. Eine 2. kleinere Platte ist etwas weiter unten von der eben beschriebenen fühlbar. Sonst sind keine Einzelheiten in diesem enormen Bauch zu fühlen. Aszites ist nicht nachweisbar. Das Skrotum hängt zu einem großen Sack erweitert unterhalb des Bauches herunter. Die linke Hälfte des Skrotalsacks zeigt Darmschall, die rechte gedämpften Schall.

Am 3./XII. 13 wurde durch Herrn Professor Payr in Lokalanästhesie eine Punktion in der rechten unteren Bauchgegend mit Krönigschem Troikart vorgenommen, die keine Flüssigkeit ergab.

Die Diagnose wurde auf Solider Tumor, wahrscheinlich Lipom gestellt.

Es folgt sodann die Laparotomie.

Ein Schnitt am rechten Rektusrand von zirka 20 cm Länge führt retroperitoneal auf einen Tumor, der sich sogleich als enorme, lappig gestaltete Fettmasse erkennen läßt, eine Grenze nach der Bauchhöhle kann man nicht feststellen. Beim Versuche ihn auszuheben, kommt blutiger Aszites herausgeströmt. Nach Abtragen eines Teiles des Tumors sieht man in seinem Innern durch Autodigestion zerfallen gräulich-gelbe Fettfetzen, aus denen eine ölig schmierige Flüssigkeit herausrinnt, die Gasblasen enthält. Man befindet sich in der Gegend der Nierenfettkapsel. Außer dem großen Tumor sieht man mehrere apfelgroße, festere, frisch gelbrosig aussehende Tumoren des Nierenlagers. Vom Haupttumor wird ein kindskopfgroßer Anteil herausgenommen. Am oberen Pol zieht eine Darmschlinge durch die Fettmassen. Die Bauchwandwunde wird am oberen Teil durch 5 — 6 Nähte wieder verschlossen, ein Jodoformgaze-Mikulicz-Tampon eingelegt.

Weiterer Befund.

Am 5./XII. muß Patient katheterisiert werden, hat aber den Eingriff sonst gut überstanden. 8./XII. Starke Absonderung aus der Wunde, Allgemeinbefinden relativ gut. Temperatur geht zurück.

8./XII. Der Tampon wird entfernt und etwas Jodoformgaze eingelegt.

13./XII. Kachexie hat zugenommen.

Subjektiv besteht verhältnismäßiges Wohlbefinden. Urin enthält Albumen und ist trübe. Ödem der Beine und des Skrotum hat zugenommen. Lungenödem. Tod.

Die klinische Diagnose der Geschwulst war auf retroperitoneales Lipom gestellt worden; der anatomische Befund ergab einen andern Ausgangspunkt des Tumors. Ich lasse zunächst den Bericht der 2 Tage nach dem Tode des Mannes von Herrn Professor Versé vorgenommenen Sektion folgen (Leichennummer 1862).

Mittelgroße, männliche Leiche. Das Abdomen kolossal ausgedehnt. Sein größter Umfang beträgt 1,25 m in Höhe des Nabels und 1,20 m etwa 10 cm unterhalb der Spitze des proc. xyphoideus. In der rechten Seite des Bauches eine 20 cm lange, größtenteils durch Nähte verschlossene Operationswunde, durch welche sich eine über faustgroße, jetzt angetrocknete Fettmasse durch einen etwa 12 cm langen Spalt herauswölbt. Man fühlt den ganzen Bauch ausgefüllt von einer derben Resistenz. Im Winkel zwischen den Rippenbogen findet sich in der Mitte eine mehr rundliche Vorwölbung von schätzungsweise Kindskopfgröße. Die Beine sind stark geschwollen. Das Skrotum ist gleichfalls stark geschwollen und verlängert, sodaß es zwischen den Beinen weit herunterhängt. Die Haut des Penis ist in diesen Sack ganz hineingezogen, in welchem man ein größeres, rundliches Gebilde durchfühlt. Das praeputium penis bildet nur noch einen kleinen Vorsprung mehr nach rechts. In der Bauchhaut vorn in der Gegend der Mittellinie rundliche, etwas strahlige weiße Narben. Die Venen sind ziemlich erweitert und gefüllt. Die obere Körperhälfte ist sehr stark abgemagert, namentlich die Arme. Der Nabel ist etwas ausgeweitet, die Nabelhaut flach vorgewölbt. Der Umfang des linken Oberschenkels, in der Mitte gemessen, beträgt etwa 45 cm, der Umfang der Wade der gleichen Stelle etwa 42 cm. Fingereindrücke bleiben hier lange bestehen, die Haut ist ziemlich gespannt. Das subkutane Fettgewebe an den Beinen $2^1/_2$ cm dick, sehr stark von Flüssigkeit durchtränkt. Das Fettgewebe an der Brust atrophisch, ganz

dunkelgelb, ebenso das der Bauchwand. An den Armen findet sich überhaupt kein subkutanes Fettgewebe.

Schädeldach ziemlich breit, leicht assymetrisch. Sinus longitudinalis ohne Befund. Innenfläche der Dura glatt und glänzend. Die weichen Häute etwas von Flüssigkeit durchtränkt. An der Basis hat sich mehr Flüssigkeit angesammelt. Hypophyse nicht vergrößert. Die Arterien an der Basis zart. Ventrikel nicht besonders erweitert.

Gehirn: 1470 g. Die Gehirnsubstanz ist fest und feucht, hängt mäßig blutreich im Bereich des Markes, die graue Substanz dagegen ziemlich blaß. Sonst keine Besonderheiten.

Zwerchfellstand: rechts 5. Rippe, links 5. Interkostalraum.

Situs der Brusthöhle: Der Herzbeutel liegt in mäßiger Ausdehnung frei vor, das Herz ist hinaufgeschoben, die Mitte des Zwerchfelles schneidet etwa mit der 5. Rippe ab. Beide Lungen sind diffus verwachsen.

Herz und Herzbeutel: Im Herzbeutel vermehrte klare Flüssigkeit, im ganzen 150 ccm. Das Herz ist entsprechend groß, nicht kontrahiert. Der linke Ventrikel fühlt sich ziemlich fest an. An der Vorderfläche des Herzens zwei größere Sehnenflecke. Das Fettgewebe ist atrophisch und ödematös gequollen. An den Aortenklappen findet sich hinter dem Nodulus Arantii eine leistenförmige, fibröse Verdickung mit zackigen Rändern, das Ganze etwas kammartig gestaltet. Die Muskulatur ist grau-rötlich. Die Mitralis zart, etwas dick. Die Trikuspidalis zeigt keine weiteren Veränderungen.

Lungen und Bronchien: Auf einem Durchschnitt durch die rechte Lunge, die fest mit dem Thorax verwachsen ist, findet sich ein narbiger Streifen im Anschluß an die Bronchien, dicht oberhalb der Lungengrenze zwischen Unter- und Oberlappen, und eine derbe, knorpelartige Einlagerung an einem kleinen Einschnitt des Unterlappen.

Auf dem Durchschnitt ist die Lunge von Flüssigkeit durchtränkt. Die Drüsen am Hilus sind fibrös und schwarz induriert. Die Schleimhaut der großen Bronchien ist stark gerötet, auch im Bereich dieses Narbenstreifens. Die Bronchien selbst sind erweitert. Am linken Unterlappen findet sich außen eine mehr ausstrahlende Verwachsung zwischen den beiden Pleurablättern. Auch hier ist die Lunge stark von Flüssigkeit durchtränkt im Bereich des Oberlappen, weniger im Unterlappen, aber frei von festeren Herden.

Der Ösophagus ist ganz mit gallig gefärbten Massen gefüllt. Follikel am Zungengrund deutlich ausgeprägt. Tonsillen flach, schmutzig-grau verfärbt. Trachea sehr eng, säbelscheidenartig, mit zähem gelbem Schleim angefüllt, ihre Schleimhaut schmutzig-grau verfärbt. Schilddrüse klein, ohne weitere Veränderungen.

An der Hinterfläche des oberen Teils der Aorta descendens einige gelbliche Verdickungen, sonst ist die Aorta nicht besonders verändert. Situs der Bauchhöhle.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich, daß der ganze Bauchraum ausgefüllt ist von gelblichen, großen Fettgewebstumoren, deren Oberfläche vielfach mit der Bauchwand verwachsen ist. Auch der vorher erwähnte, zwischen dem Rippenbogen zum Vorschein kommende rundliche Tumor wird durch solch eine große Fettgeschwulst dargestellt. Von dem unteren Rand des linken Leberlappens sieht man nur einen schmalen Streifen, der die Spitze des processus ensiformus etwa um 1 cm überragt. In den erweiterten Nabelring, durch den man bequem 2 Querfinger durchführen kann, hatte sich ein kleiner Fortsatz der hier vorliegenden großen Geschwulstmasse vorgewölbt. Das große Netz hängt an dieser letzteren Geschwulstmasse, die die rechte Seite des Bauches einnimmt, und zieht in Form eines schmalen Stranges nach links hinüber, wo es verwachsen ist. Im kleinen Becken

findet sich nur wenig Flüssigkeit. Auch im oberen Teil der Bauchhöhle hat sich etwas Flüssigkeit angesammelt unterhalb der linken Zwerchfellkuppe. Es sind im ganzen zwei große lappige Tumoren, mit einer tiefen Einkerbung in der Mitte, die schräg von rechts oben nach links unten verläuft. Nach Abnahme des Sternums zeigt sich, daß die links gelegene grobhöckerige Geschwulstmasse weit hinaufreicht in die Zwergfellkuppe. Die beiden großen Tumorlappen haben eine größte Länge links von etwa 34 cm, rechts ungefähr von 43 cm. Unten zwischen dieser Einkerbung liegen einige grau verfärbte Darmschlingen, die durch eine große Öffnung in den linken Skrotalsack eintreten. Die links gelegenen Tumormassen haben eine derbere Resistenz, wie beispielsweise die rechts unten befindliche. Während sonst im allgemeinen ihre Farbe gelblich ist, ist sie oben links an dem am Rippenbogen sich vorwölbenden Tumor grauweißlich. In dem vorerwähnten Spalt liegt noch ein größeres, hahnenkammartiges, lappiges Fettgewebsgebilde, welches ganz platt gedrückt ist. Der Rippenbogen ist weit auseinander gedrängt. Die Leber ist an der Oberfläche etwas höckerig, bräunlich gefärbt. Die Gallenblase ist ziemlich gefüllt. Das ligamentum teres ist lang ausgezogen. Bei Eröffnung des linksseitigen Skrotalsacks findet sich in ihm eine trübe, rötliche, etwas stinkende Flüssigkeit, im Ganzen etwa 200 ccm, auch liegt darin eine Schlinge des Kolons mit platten Appendices epiploricae verwachsen, die ebenso wie der größte Teil der Peritonealwand zum Teil eine schmutzig schwärzlich-graue Färbung haben. Das ganze Unterhautgewebe auch in der Gegend der Fossa femoralis ist derb, mit Flüssigkeit stark durchtränkt. Die Bauchorgane werden im Zusammenhang herausgeschält. Es zeigt sich, daß an der tiefen Inzisur zwischen den beiden, großen lappigen Geschwülsten eine Dünndarmschlinge liegt, die hier mit der Oberfläche des Tumors innig verwachsen

ist. Die sich anschließende unterste Ileumschlinge hängt an einem schmalen Mesenterialabschnitt und geht über in das Coecum, welches weit nach links abgedrängt ist, durch den rechts gelegenen, nach unten weit vorragenden Geschwulstlappen. An der Vorderfläche dieses großen Tumorlappens finden sich narbige Zusammenziehungen des Peritonealüberzugs, die offenbar von Punktionen herrühren und unterhalb von der kleinen Vorbuchtung sitzen, die sich in den Nabelbruchsack eingeschoben hat. An der Innenfläche dieses Lappens finden sich ebenfalls rundliche Dellen; aus einer derselben läßt sich eine weiche, ölige, schmierige Masse herausdrücken. Oben ist der Sack eingefallen und man kommt hier von der eingangs erwähnten Operationswunde aus in ihn hinein. Das ganze Gewebe ist hier schmutzig-grau verfärbt, erweicht und zerfallen und läßt eine ölige Flüssigkeit austreten. Das Colon transversum geht unterhalb des oberen knolligen Tumors nach links hinüber. Von hier aus erstrecken sich die beiden einmal um 180 ° gedrehten Netzzipfel nach vorn an die Oberfläche der beiden Tumorknollen, wo sie, wie schon erwähnt, verwachsen sind. Dann steigt das Colon transversum nach abwärts. Die Flexura sigmoidea tritt in den Bruchsack ein, welche direkt dem Verlauf des Leistenkanals entsprechend in das Skrotum hinabsteigt, kommt dann wieder heraus, um in das kleine Becken einzutreten. Die Dünndarmschlingen sind alle grau gefärbt, mäßig durch Gas ausgedehnt; sie sind größtenteils nach unten und links hinüber geschoben. Es findet sich an einer dieser Dünndarmschlingen eine kleine, bohnengroße Fettgeschwulst, die sich in einer kammartigen Falte, welche vom Mesenterium auf den Darm sich fortsetzt, entwickelt hat. Auch im übrigen Mesenterium kleine lipomatöse polypenartige Anhänge, die jetzt aber zum größten Teil wie kleine Zotten erscheinen. Man kann das ziemlich lange Mesenterium, abgesehen vom untersten

Teile, bis nach aufwärts verfolgen, ohne daß es in den Tumor hineingeht. Der Magen liegt hinter dem oberen, großen Tumorlappen, ebenso das Pankreas. Das Duodenum sieht man an der linken Seite dieses größeren Tumors verlaufen und hier in die Flexura duodenojejunalis übergehen. Es sind auf diese Weise der ganze Mesenterialansatz, Pankreaskopf usw. nach links hin verdrängt, die Leber dagegen nach oben. Der Knollen selbst hat sich zwischen Magen und Leber weiter hinein geschoben. Hier ziehen auch die Gefäße von der Leberpforte aus durch den tieferen Einschnitt hinüber. Nach dem Lösen der Verwachsungen zwischen Tumor und linken Leberlappen sieht man die Verhältnisse deutlicher. Es zeigt sich, daß die Geschwulstmasse absolut nichts mit dem Fettgewebe von der Aorta zu tun hat. Der Tumor ist mit der rechten fossa iliaca stärker verwachsen, die beiden Lappen hängen durch eine relativ schmale Brücke zusammen, an welche sich wieder weitere kammartig große Knollen ansetzen. Die Milz ist fest mit dem Zwerchfell verwachsen, ebenso auch mit dem großen Netz und erscheint ziemlich groß. Auf einem Durchschnitt durch den großen knolligen Tumor zeigt sich, daß er aus einzelnen Lappen sich zusammensetzt, die auch etwas verschieden gebaut sind. Vorn auf liegt eine weißlich-gelbliche Fettlage, dann kommt aber eine derbere Tumormasse, die den größten Teil der Geschwulst ausmacht und ein mehr grauweißliches Aussehen hat, an anderen Stellen wieder mehr gelblich opak und gestreift ist. Die Schnittfläche hat eine gefelderte Beschaffenheit. Die einzelnen kleinen Felder haben eine streifige Struktur, die meist in radiärer Richtung nach dem Zentrum hin angeordnet ist, welches in größerer Ausdehnung erweicht ist und eine zähe, schleimartige, gelblich-rötliche Masse enthält. In der Umgebung dieser Erweichung ist das Tumorgewebe anscheinend größtenteils abgestorben. Auf Durchschnitten der kleinen

Knoten an der Oberfläche ist das Verhalten insofern etwas anders, als unregelmäßige opak-weißliche Stellen eingesäumt werden von mehr gelblichen, fettgewebsreicheren Streifen, an denen auch größere Gefäße sichtbar sind.

Nachdem der große links gelegene Tumor durch Lösung der Verwachsungen beweglich geworden ist, kann man besser die Fixierungsverhältnisse übersehen und es zeigt sich beim Drehen, daß an der Rückfläche des Peritoneum vom Mesenterialansatz der vorher erwähnten, in dem tiefen Einschnitt zwischen den beiden großen Geschwülsten fixierten Darmschlinge sich direkt auf den Tumor fortsetzt, sodaß man entschieden den Eindruck gewinnt, daß die Geschwulstmasse von dieser Stelle aus sich entwickelt hat und den schon vorher erwähnten kleineren Fettgewebsgeschwülstchen an entsprechenden Stellen anderer Schlingen analog gelegen ist. Auch an dieser eben erwähnten fixierten Schlinge ist ein kleinerer, etwa saubohnengroßer Fettgewebstumor an dem dünnen Mesenterium, dicht vor dem Ansatz des Darmes zu bemerken. Die ganze Geschwulstmasse hat durch die tiefe Inzisur eine hufeisenförmige Gestalt. Ihre Oberfläche, namentlich die des links gelegenen Tumors, ist sehr unregelmäßig durch kleinere Einschnitte und Bildung von großen, höckerigen Prominenzen, die etwa so groß sind wie der Kopf eines Neugeborenen und darüber. Die Fixierung in der rechten Fossa iliaca ist offenbar sekundär. Eine große Vene zieht an der Oberfläche des links gelegenen Tumors nach der vorerwähnten Darmschlinge hin.

Die Milz ist in Verwachsungen eingehüllt, wenig vergrößert, ziemlich zäh.

Die Leber ist ziemlich groß, die Oberfläche stellenweise klein-höckerig, die Konsistenz ziemlich schlaff. Auf dem Durchschnitt ist die Schnittfläche ebenfalls höckerig, die einzelnen Höcker sind verschieden groß, gelblich-bräunlich gefärbt und durch schmale, eingezogene, rinnen-

förmige Vertiefungen abgesetzt. Die Konsistenz auch hier ziemlich erheblich vermehrt.

Die Nieren: Kapsel der Nieren leicht abstreifbar, Oberfläche glatt, das Parenchym ziemlich blaß, ohne weitere Besonderheiten.

Anatomische Diagnose:

Fibromyxolipoma permagnum intraabdominale marginis mesenterii ad fossam iliacam accretum et ibidem incisum et partim resectum per vulnus Laporatomiae lateris dextri abdominis. Nekrosis partialis tumoris. Lipomata parvula compluria mesenterii ad insertionem intestini. Macies maxima. Hernia inguinalis externa sinistra et hernia umbilicalis. Thrombosis venae femoralis sinistrae. Oedema pulmonum. Hepatitis interstitialis chronica.

Die mikroskopische Untersuchung durch Herrn Professor Versé ergab folgenden Befund:

„An frischen Zupfpräparaten fanden sich:
In den weichen peripheren Teilen der Geschwulst sehr verschieden große Fettzellen, in den festeren grau-weißlichen Partien ein dichteres fibröses Gewebe mit eingelagerten kleinen Fetttropfen. An Schnitten von der Leber zeigt sich, daß ungleichmäßig große Inseln von Lebergewebe durch bindegewebige Streifen abgeschnürt sind. Diese letzteren enthalten kleinzellige Infiltrate und nur wenig Gallengangswucherungen.

An Gefrierschnitten von dem mit Formadin fixierten Material, die mit Indican III und Haematoxylin gefärbt worden sind, sieht man, daß beispielsweise der größere Tumorknoten, welcher im Rippenbogenwinkel gelegen war, hauptsächlich aus Fettgewebe besteht mit hindurchziehenden, breiteren Bindegewebsstreifen. Zwischendurch eingesprengt

aber erscheinen kleinere und größere Inseln von einem mehr schleimig gequollenem und bläulich tingierten Gewebe, dessen Zellen etwas reichlicher und verschieden gestaltet, teilweise mehr schmal und verästelt, teilweise unregelmäßig rundlich sind. Alle enthalten kleinere und größere Fetttröpfchen und die größeren erreichen schließlich den Umfang der Zellen des vorher erwähnten Fettgewebes. Die Fetttröpfchen fließen in ihnen auch zu größeren Tropfen zusammen. Ähnlich gestaltet sich das Bild bei Schnitten von den peripheren Teilen des großen Tumors, ganz anders aber sind die Verhältnisse in den etwas tiefer gelegenen Schichten. Hier findet sich vorwiegend ein feinfaseriges, ziemlich dichtes und zellweiches Gewebe, dessen Zellen eine schmale spindelförmige Gestalt haben und fast allenthalben, wenn auch vielfach nur vereinzelt, feine Fetttröpfchen umschließen. Die Kerne sind entsprechend spindelförmig oder langoval gebaut. Zwischendurch ziehen Streifen, die wieder einen mehr schleimigen Charakter der Grundsubstanz aufweisen, mit spärlicheren Zellen, welche andererseits aber größer sind, reichliche Fette in Tröpfchenform enthalten, sodaß sie bei schwacher Vergrößerung durch die rote Farbe stark heraustreten. Überall finden sich in diesem so beschaffenen Gewebe kleinere und größere, meist rundliche Nekroseherdchen mit schmutziger Verfärbung des ganzen Gewebes."

Aus dem Sektionsbefund ergibt sich, daß die klinische Annahme eines retroperitonealen Lipoms nicht aufrecht zu erhalten ist. Der Tumor ging zweifellos vom Mesenterium aus, worauf einmal das Verhalten der Darmschlingen hinweist, dann das Vorkommen von mehreren kleinen lipomatösen Wucherungen am Mesenterialrande, von denen eines beziehungsweise eine kleine zusammengehörige Gruppe im Laufe der Zeit zu einer ganz exzessiven Größe herangewachsen ist.

Die Untersuchung ergab somit, daß es sich nicht um ein einfaches Lipom handelte, sondern um eine Mischgeschwulst von teils fibromyxomatöser, teils lipomatöser Beschaffenheit. Von besonderem Interesse ist dabei die allmähliche Entwicklung des Fettgewebes.

Während reine Lipome als gutartige langsam wachsende Geschwülste bezeichnet werden, wenngleich sie unter Umständen auch durch eine kolossale Größe beträchtliche Beschwerden im Gefolge haben, sind die Kombinationsgeschwülste nicht so ganz harmlos, da sie leichter in ein mehr maligneres Stadium übertreten. Im allgemeinen werden Fett- und Mischgeschwülste verhältnismäßig selten beobachtet und operiert.

Die ersten Mitteilungen darüber stammen von Lobstein, der im Jahre 1829 die allgemeine Aufmerksamkeit auf jene Geschwülste lenkte, welche hinter dem die Rückwand der Bauchhöhle auskleidenden Teile des Bauchfells beginnen und sich unabhängig von den hier gelegenen Organen entwickeln.

Ribbert erwähnt sie mit folgenden Worten in seiner Geschwulstlehre: „In der Bauchhöhle entwickeln sich bisweilen umfangreiche Lipome, gelegentlich retroperitoneal in der Wurzel des Mesenteriums. Auch unter dem Peritoneum der übrigen Bauchhöhle gelangen Lipome zur Entwicklung.“

Erst in neuerer Zeit haben Heinricius, Butter, Vöckler, dann Vegesack uns genauere Kenntnis auf Grund ihrer Statistiken gegeben, sodaß sich eine abermalige Aufführung der einzelnen Fälle erübrigt. Diese Statistiken handeln zwar speziell von retroperitonealen Tumoren resp. Lipomen, bringen aber die seltenen Fälle von mesenterialen Neubildungen dieser Art, wie in unserem Falle vorliegt, ebenfalls. Wie ja überhaupt die retroperitonealen Lipome so ähnliche, wenn nicht gleiche Symptome zeigen. Da die radix mesenterii einen breiten Streifen der vorderen

Wand des retroperitonealen Raumes einnimmt, können die Geschwülste sich leicht im Mesenterium ausbreiten. Es können daher auch die Mesenterialtumoren sich in den retroperitonealen Räumen ausdehnen und umgekehrt retroperitoneale Tumoren in das Mesenterium hineinwachsen.

Wie schon erwähnt, ist der der Arbeit zu grunde liegende Fall eine Besonderheit, da er sich durch den Ausgang vom Mesenterium auszeichnet, ferner durch die sekundären Verwachsungen, welche die klinische Diagnose: retroperitoneales Lipom, veranlaßten. Auch muß man dem Tumor schon klinisch eine gewisse Bösartigkeit zusprechen durch sein Verhalten zu den Nachbarorganen und seine enorme Wachstumsfähigkeit. Das langsame Anschwellen der Neubildung ist vom Patienten zunächst garnicht bemerkt worden, er hatte wohl immer einen starken Körperumfang und spürte zunächst keinerlei Beschwerden. Die gleichzeitig einsetzende Abmagerung verheimlichte das gleichmäßige Anwachsen des Tumors, erst als das Riesenwachstum plötzliche Symptome und durch Verdrängung der Organe Kompressionen, Stauungen und Ödeme verursachte, kam der Kranke in die Klinik. Begünstigt war die Entstehung dieser kolossalen Fettgeschwulst zweifellos durch den Beruf und die Lebensweise des Mannes, der als Hausschlächter wahrscheinlich eine überaus reichliche Ernährungsweise gewohnt war. Ob die Anlage zur Fettsucht bei der Entstehung dieser Geschwülste als ursächliches Moment in Frage kommt, ist bisher nicht einwandfrei nachgewiesen, anzunehmen ist wohl, daß dem Zell- oder Fettgewebe des Peritoneums und Mesenteriums eine starke Disposition zur Entwicklung von Lipomen innewohnen kann.

In der gynäkologischen Literatur finden sich Fälle, in denen die Patienten Verletzungen und durchgemachte Entbindungen als Ursache angeben, doch entbehren auch diese Vermutungen einer positiven Grundlage. Immerhin

ist wohl die Möglichkeit vorhanden, daß die, durch Stoß, Verletzung, Entbindung gereizten Gewebe mit verstärktem Wachstum reagieren. Erwähnen möchte ich zum Beispiel die Beobachtung der sogenannten Sackträger-Lipome. Im vorliegenden Falle ist wohl eine kongenitale Anlage anzunehmen, auf welche besonders der histologische Charakter des Tumors hinweist, in welchem wir eine innige Mischung von Bindegewebe, Schleimgewebe und Fettgewebe antreffen mit Übergängen der einzelnen Gewebsarten ineinander. Die Zellen aller dieser Gewebe enthalten mehr oder minder reichlich Fett. Der Zellreichtum des fibromatösen Anteils könnte in Verbindung mit der klinischen Beobachtung einer schnelleren Ausdehnung des Leibes und einer stärkeren Abmagerung wohl den Gedanken einer sarkomatösen Entartung nahelegen, wenn schon man bei der Wertung des letzterwähnten klinischen Symptoms nach dieser Richtung vorsichtig sein muß, da die Größe des Tumors allein schon beträchtliche Störungen der Funktionen der Verdauungsorgane herbeiführen kann. Bemerkenswert ist auch noch, daß in dem größeren Tumor der lipomatöse Anteil stark zurücktritt und sich hier nur auf eine schalenartig kleine Schicht beschränkt, während die kleineren Tumorknollen auch in ihrer Mitte vorwiegend aus Lipom bestehen. Der ganze Tumor ist jedenfalls von vornherein seiner Anlage nach als ein Fibromyxolipom anzusprechen, als eine Kombinationsgeschwulst, also von Gewebe, die besonders in der Fötalperiode eine sehr innige Verwandtschaft miteinder haben.

Wie selten die Fälle der vom Mesenterium ausgehenden Fett- und Mischgeschwülste sind, zeigt uns die Vegesacksche Statistik, die unter 108 angeführten Fällen von Lipomen nur 3 mesenterialen Ursprungs angibt, und zwar die Fälle Vallas, Lockwood und Morgagnis. Hierzu möchte ich noch den Fall Waldeyer anführen, der bei einer 30jährigen Frau ein großes Lipomyxo-Sarkom des

Mesenteriums operierte. Der Tumor wog 63 Pfund und hatte von der radix mesenterii seinen Ausgang. Die mikroskopische Untersuchung ergab Lipom, welches in einzelnen Teilen alle Varietäten des Myxoms, in andern deutlich sarkomatöse Struktur aufwies. Aus der neuesten Literatur ist nur noch ein Fall von Ebner bekannt, wo auch ein mesenteriales Lipom, „eine seltene Abart der retroperitonealen Lipome“ operiert wurde.

Die Diagnose derartiger Geschwülste auf Grund ihrer Erscheinungen zu stellen ist überaus schwierig. In $^1/_3$ aller bisher bekannten Fälle wurde die Diagnose zweifelhaft gelassen. Verwechslungen mit Ovarialkystomen, überhaupt Tumoren der Genitalorgane, die ebenfalls eine kolossale Größe erreichen, und Nierentumoren sind hauptsächlich auszuschließen, siehe 2 Fälle von Péan, Alsberg, Tillmanns (Zitat n. Heinrizius). Die Vielfältigkeit der an dieser Stelle entstehenden Geschwülste, die Ähnlichkeit mit solchen der Niere, Nierenkapsel oder Nebenniere erschweren die Bestimmung gewaltig. Täuschungen durch Ovarialzysten geben Lockwood (Zit. nach Heinrizius), Ullmann, Lejar und andere an, in einem Falle (Kümmel) ist die Diagnose Echinokokkus gestellt worden. Lipome scheinen unter den soliden Tumoren des Mesenteriums am häufigsten zu sein, Karzinome oder Sarkome scheinen meist sekundärer Natur, auch Neupert spricht in seinem Falle von sekundärer, sarkomatöser Entartung. Oft täuscht das kolossal ausgedehnte Abdomen neben den Dämpfungen Fluktuation vor, sodaß man Aszites annehmen könnte, wenn nicht eine Probepunktion negativ bliebe und nur etwas Blut herausbeförderte.

Die Symptome dieser Geschwülste sind im allgemeinen dieselben wie bei allen großen Bauchtumoren, doch treten die subjektiven Beschwerden im Gegensatz zu den Ovarialtumoren meist erst später auf und fehlen bei Beginn des

Wachstums. Wie auch in unserem Falle der Mann außer einer allmählichen Zunahme seines Körpergewichts zunächst keinerlei Beschwerden hatte und erst kurz vor seiner Einlieferung ins Krankenhaus die Symptome seines Tumors auftraten, die sich neben den Schmerzen und der allgemeinen Schwäche in dem plötzlichen Anschwellen des Leibes, also rapidem Wachstum des Tumors hauptsächlich zeigten. Der Hauptgrund für das exzessive Wachstum ist nach Neumann ein biologischer und topographisch-anatomischer: „Biologisch, weil ein außerordentlich geringes Bedürfnis nach Ernährung und ernährenden Gefäßen vorhanden ist. Viele kiloschwere Lipome brauchen nur wenige, bescheidene Gefäße zur Lebensfähigkeit. Hauptgrund aber, weil sie in einem Gewebsraume sind, welcher so locker ist, daß er dem wachsenden Tumor so gut wie keine Schranken setzt. Kurz gesagt sind die wichtigsten Symptome der Geschwülste durch ihre Beziehungen zu den Nachbarorganen bedingt. Durch ihr Wachstum verdrängen sie die umgebenden Organe und rufen die bereits erwähnten Beschwerden — Drucksymptome — hervor. Frauen, bei denen diese Geschwülste häufiger sind als bei Männern, schieben etwa auftretende Symptome zumeist einer Schwangerschaft zu.“

Rezidive sind des öfteren beobachtet und operiert worden, man erklärt sie am wahrscheinlichsten durch Zurücklassen von Resten der Gewebe bei der Operation. Andrerseits sind sie bedingt durch von Anfang an vorhandene Vielfältigkeit in der Anlage der Geschwulst. Auch im vorliegenden Falle fanden sich neben dem Haupttumor vielfache Neubildungen resp. Ausläufer. Neumann berichtet „von der schwerwiegenden Neigung der Lipome, im retroperitonealen Raume lange gestielte Lappen auszusenden, die zurückgelassen, nachträglich wachsen“. Ferner geben Johnstone und Lindquist Schilderungen von glücklich durchgeführten Operationen rezidivierender

retroperitonealer Lipome. Metastasen bilden sie nicht, doch vermutlich die Anlagen zu malignen Tumoren.

Aus diesen Erörterungen folgt, daß die Prognose der vorliegenden Erkrankung fast stets als zweifelhaft hinzustellen und im allgemeinen eine wenig günstige ist. Infolge der innigen Beziehungen der Geschwülste zu den Unterleibsorganen, erfordern sie schwere chirurgische Eingriffe. Außerdem kommen die Kranken, wie auch in unserem Falle meist erst dann zum Arzt, wenn die Geschwulst ihnen Beschwerden macht. Dann ist der Tumor bereits derartig vorgeschritten, daß ihm, wie schon erwähnt, eine gewisse Bösartigkeit innewohnt. Findet keine Operation bei dem Patienten statt, so erfolgt der sichere Tod durch allgemeine Entkräftung bei exzessivem Wachstum des Tumors. Bei einer Operation bestehen die Gefahren in der Verdrängung und Anwachsung der Nachbarorgane, den Komplikationen mit ernährenden Gefäßen, sodaß eine Entfernung der Tumoren ohne Gefährdung der Nachbarorgane nicht möglich ist. In den meisten Fällen der Literatur ist der Ausgang der operierten Fälle tötlich gewesen. Auch im vorliegenden Falle begnügte sich Professor Payr mit einer kleinen Exzision, weil die sekundären Verwachsungen die Entfernung sehr erschwerten und gleichzeitig eine Darmresektion nötig gewesen wäre.

Zum Schlusse erlaube ich mir Herrn Geheimrat Professor Payr für die Überlassung des klinischen Falles und der Krankengeschichte, sowie Herrn Professor Versé, für freundliche Unterstützung bei dem pathologischen Teil der Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

1) Alsberg: Deutsche mediz. Wochenschrift 1887 S. 284 Retroperit.-Myxolipom.
2) Ebner: Münchner mediz. Wochenschrift 1913 S. 2069. Über Retroperit.-Lipombildung mit spezieller Berücksichtigung des mesenterialen Lipoms.
3) Hannes: Beiträge zur Lehre von den retroperiton. Geschwülsten. Monatsheft f. Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. 25 H. 2.
4) Garkisch: Retrop. Liposarkom. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. 67 I.
5) Heinricius: Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. 56 S. 592. Archiv f. klin. Chirurgie Bd. 72 S. 172.
6) Johnstone: Rezidiv eines retrop. Lipoms. Zentralbl. f. Gynäkol. 1908.
7) Jermulowicz: Beiträge zur Diagnose u. Therapie d. sogen. retroper. Tumoren. Diss. Breslau.
8) Jackson: Retroperiton. Lipom. Zentralblatt f. Gynäkologie 1890 S. 687.
9) Karewski: Klinik und Diagnose d. retrop. Lipoms. Dtsch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 49.
10) König: Retrop. Fibrolipom. Berl. klin. Wochenschrift 1900 Nr. 28.
11) Kümmel: Deutsch. mediz. Wochenschrift 1886 S. 903.
12) Lejar: Retrop. Myxolipom. Zentrlbl. f. Chirurgie 1899 S. 615.
13) Lexer: Dtsch. mediz. Wochenschrift 1901 Nr. 8.
14) Lobstein: Lehrbuch der pathol. Anatomie Bd. I. II.

15) Michel: Zentralbl. f. Gynäkologie 1904 S. 1205.
16) Neumann: Retroperit. Lipom. Archiv f. klin. Chirurgie 1905 Bd. 77 S. 411.
17) Neupert: Archiv f. klin. Chirurgie Bd. 82. S. 803. Beitrag zur Kenntnis d. retrop. Beckentumoren.
18) Nynop: Virchow-Hirsch Jahresber. 1887 Bd. 2 S. 717.
19) Pèan: „ „ „ 1886 Bd. 2 S. 421.
20) Ribbert: Geschwulstlehre.
21) Reynold and Wadsworth: Zentralblatt f. Chirurgie 1906 Nr. 72.
22) Ullmann: Lipoma retrop. Zentralbl. f. Gynäkologie 1902 Nr. 15 S. 414.
23) Virchow: Die krankhaften Geschwülste Bd. II S. 271.
24) Vöckler: Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1909 Bd. 98 S. 149.
25) Vegesack: Über retrop. Lipome. Diss. Tübingen 1910.
26) Waldeyer: Virchow Archiv Bd. 32 S. 543.
27) Wrobel: Beiträge zur Umwandlung v. Lipomen in Sarkome. Diss. Rostock 1906.
28) Weinhold: Großes retrop. Lipom. Zentralblatt für Gynäkologie 1901.

Lebenslauf.

Werner Schülzke, Sohn des prakt. Arztes Dr. med. Schülzke zu Markranstädt bei Leipzig, geboren am 20. Febr. 1887 zu Rotehütte im Harz. Ich besuchte die Vorschule, dann die Latina der Frankeschen Stiftungen in Halle a. S., kam in Quinta nach dem König-Albert-Gymnasium zu Leipzig. Nach der Reifeprüfung daselbst studierte ich in Halle, München, Rostock und Leipzig, machte daselbst im vergangenen Jahre infolge des Krieges das ärztliche Notexamen und erhielt am 15. August die Approbation. Seit 7. August 1914 bin ich zum Militär eingezogen, wurde am 21. Sept. 1914 zum Unterarzt im Reserve-Lazarett I Leipzig befördert. Am 12. Oktober 1914 ging ich ins Feld und wurde am 3. Mai 1915 beim Inf.-Regiment 126 zum Assistenzarzt befördert.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten:

in Halle: Roux, Volhard, Dorn, Gebhard, Vorländer.

München: Mollier, Frank, Rückert.

Rostock: Barfürth, Nagel, Heydveiller, Michaelis.

Leipzig: Rabl, Steinert, Spalteholz, Held, Siegfried, Stadler, v. Strümpell, Payr, Marchand, Zweifel, Lichtenstein, Böhm, Heller, Heineke, Rolly, Rille, Kockel, Schmidt, Birch-Hirschfeld, Sattler, Versé, Barth, Kruse, Thiemich, Quensel, Hoffmann.